

Anmeldung zur DIA-Unfallversicherung

weltweiter Versicherungsschutz inklusive Deutschland

Dialog Versicherung AG
vermittelt durch DR-WALTER GmbH

Feld für besondere Vermerke | Ausgebende Organisation | Versicherungsnummer (wird bei Eingang vergeben)

Antragsteller

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	
Adresse im Ausland: Straße, Hausnummer, ggf. c/o		PLZ	Ort	Land
Telefon		Fax	E-Mail	
Kontaktadresse in Deutschland: Straße, Hausnummer, ggf. c/o		PLZ	Ort	

Folgende Personen sollen versichert werden (nur Familienangehörige)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Nachname	Vorname	Geburtsdatum	

Weitere Personen bitte auf zusätzlichem Blatt angeben.

Versicherungsdauer

Versicherungsbeginn	Grund des Aufenthaltes (freiwillige Angabe)
---------------------	---

Laufzeit 1 Jahr mit automatischer Verlängerung. Kündigung bis 3 Monate vor Vertragsablauf möglich.

Ich wähle folgenden Versicherungsschutz

Paket: DIA-UV	Invalidität	Progression	Vollinvalidität	Tod	Bergungskosten	Kosmetische OP	Jahresprämie pro Person
<input type="checkbox"/> S	30.000€	225%	67.500€	10.000€	25.000€	-	44€
<input type="checkbox"/> M	100.000€	225%	225.000€	20.000€	25.000€	5.000€	94€
<input type="checkbox"/> L	200.000€	225%	450.000€	50.000€	25.000€	10.000€	194€

<input type="checkbox"/> Ich bin nicht Mitglied im DIA e. V. und beantrage hiermit die passive Mitgliedschaft	Jahresbeitrag pro Person 5€
<input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied im DIA e. V.	-

Berechnung des Gesamtpreises

Anzahl der Personen	x	Prämie (ggf. + 5€ Jahresbeitrag DIA e. V. Mitgliedschaft) pro Person	=	Gesamtpremie	€
---------------------	---	--	---	--------------	---

Vorversicherungen

Besteht oder bestand bereits bei einer anderen Versicherungsgesellschaft Versicherungsschutz im Rahmen einer privaten Unfallversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft		
Gab es Vorschäden in den vergangenen 5 Jahren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft		
	Schadenjahr	Höhe der Entschädigung

Bezugsberechtigung im Todesfall

<input type="checkbox"/> Gesetzliche Erben
<input type="checkbox"/> Andere Person (bitte Name, Anschrift und Geburtsdatum angeben)



Zahlungsweise

Jährliche Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat von folgendem Konto:

IBAN		BIC
Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DR-WALTER GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.		
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
Kontoinhaber (Vorname, Nachname)	Unterschrift des Kontoinhabers	

Wichtiger Hinweis und Unterschrift

Der Versicherungsschutz besteht, ordnungsgemäße Zahlung vorausgesetzt, ab dem beantragten Zeitpunkt, jedoch frühestens ab Eingang des Antrages bei der DR-WALTER GmbH. Bevor Sie diese Anmeldung unterschreiben, beachten Sie bitte die unten stehende Schlusserklärungen sowie die weiteren wichtigen Hinweise. Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Schlusserklärungen zum Bestandteil des Vertrages.

Ich beantrage Versicherungsschutz nach Maßgabe der beiliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

Bitte senden Sie diesen Antrag an:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

T +49 (0) 22 47 91 94 -22
F +49 (0) 22 47 91 94 -304

hegemann@dr-walter.com

Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie weitere wichtige Hinweise

Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die DR-WALTER GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

Vertragsgrundlagen

Die DIA-Unfallversicherung der Dialog Versicherung AG ist ein besonderes Angebot der DR-WALTER GmbH in Kooperation mit dem DIA Deutsche im Ausland e. V.

Es gelten die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen der Dialog Versicherung AG (AUB 2008) in Verbindung mit den besonderen Bedingungen der DIA-Unfallversicherung.

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- an den Versicherungs-Ombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin.

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Widerrufsbelehrung

1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Dialog Versicherung AG
c/o DR-WALTER GmbH
Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Fax: +49 (0) 22 47 91 94 -40
E-Mail: vertrag@dr-walter.com

2. Widerrufsfolgen

Im Falle des wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrags zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge hat der Versicherer zu erstatten.

3. Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Auch bei Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat besteht kein Widerrufsrecht.

Vertragspartner

Die DIA-Unfallversicherung ist ein Angebot der DR-WALTER GmbH, dem Experten für die Versicherung von privaten und geschäftlichen Reisen und Auslandsaufenthalten. Für dieses Produkt arbeitet DR-WALTER mit einer ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

Den Versicherungsschutz für die Unfallversicherung gewährt die

Dialog Versicherung AG
Adenauerring 7, 81737 München
Handelsregister: Amtsgericht München HRB 234855

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertragsabwicklung an unser Büro:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Registergericht Siegburg HRB 4701
Geschäftsführer:
Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen
Postbank Köln
IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00
BIC: PBNKDEFF
T +49 (0) 22 47 91 94 -0
F +49 (0) 22 47 91 94 -40
www.dr-walter.com
info@dr-walter.com
www.deutsche-im-ausland.org